

# ***Red Social Familiar***

## ***Compensación Psíquica***

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

### ***¿Pueden Disociarse?***

**Universidad del Salvador  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Servicio Social**

# **Tesis de Licenciatura**



Supervisora de Tesis: Lic. María Elena Minetti  
Lic. Ingrid de Rivera

Alumnas: Martin, Marianela  
Piñero, Leda  
Rivarola, Cecilia

2002

## Indice

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO:	
<u>CAPITULO 1 "Enfermedades psiquiatricas"</u>	10
1) Consideraciones Generales	11
2) Factores	11
3) Clasificaciòn	12
3.1) Psicosis	12
Cronicas	13
Agudas	20
3.2) Trastornos Afectivos	21
Aspectos Clìnicos:	
Primarios	22
Secundarios	24
<u>CAPITULO 2 "Red Social - Familiar"</u>	27
1) Redes	28
Funciones del grupo	28
1.2) Familia	30
Funciones	33
2) Perspectivas Basicas	33
3)Tipologias desde lo vincular	34
4) Caracteristicas del desarrollo del grupo familiar	35
5) Crisis esperables en la familia	36
6) Caracteristicas esperables del grupo familiar	37
7) El grupo familiar en la emergencia psiquiatrica	38
8) Motivos que impulsan a la internacion	39
<u>CAPITULO 3 " Tratamiento Psiquiatrico"</u>	44
1) Modelos Teoricos de Tratamiento	45
2) La importancia del grupo familiar durante el tratamiento psiquiatrico	46
3) Problemas ante la externaciòn	48
4) Comunicaciòn	49
Alteracion de la comunicaciòn	50
Tratamiento Basado en la comunicaciòn	51
METODOLOGIA DE INVESTIGACION	54
EJES TEMATICOS	58
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	60
MARCO INSTITUCIONAL	61
ESTUDIOS DE CASO	69
PERFIL DE LA POBLACION	147
ESTUDIO COMPARATIVO	156

PERSPECTIVA DE LA RED	160
CONCLUSION PARCIAL	165
CONCLUSION FINAL	167
EVALUACION DEL PROCESO	169
LOGROS OBTENIDOS	170
PROPUESTA PROFESIONAL	171
BIBLIOGRAFIA	177
ANEXO	178



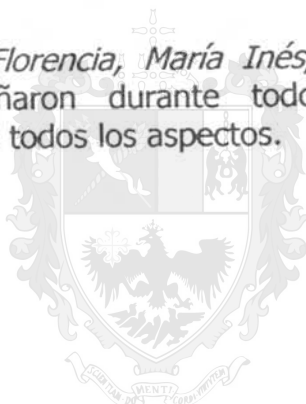
USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## **Agradecimientos**

Nos pareció oportuno nombrar primeramente al **Dr. José María Martínez Ferretti** ( Jefe del Servicio de Terapia a Corto Plazo del Hospital José T. Borda) quien posibilitó, no solo la realización de esta investigación, sino también nuestra inserción en la institución, brindándonos su continuo apoyo personal y profesional, valorando y fomentando nuestra profesión mediante el trabajo interdisciplinario. Como así también al resto del equipo que asiste al servicio.

A la **Universidad del Salvador** que nos permitió conocer nuevos lineamientos de acción y sistematización, en torno a nuestra profesión.

**A nuestras compañeras:** *Florencia, María Inés, Karina, Silvina, Romina y Virginia* quienes nos acompañaron durante todo el transcurso del año, integrándonos y ayudándonos en todos los aspectos.



**Cecilia, Marianela y Leda**

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Gracias a *Dios* en primer lugar, por haberme dado tantas cosas buenas, a *Monseñor Armando Rosido*, quien no solo fue partícipe de este sueño hecho realidad, sino que me ayudó en la realización de esta meta.

A *mis padres* que me enseñaron que solo con el verdadero amor los sueños se pueden hacer posibles, y a *mis hermanos* que con su apoyo incondicional me ayudan día a día a enfrentar todos los obstáculos.

A *mis amigos*, especialmente a Juan y a Juli por su cariño y ayuda sin condiciones ni medidas, ya que sin ellos ni hubiera sido posible llegar hasta aquí. Gracias por escucharme y por sus consejos "por estar siempre".

Gracias a todos por ser parte de mi vida y por permitirme llegar a este momento tan importante junto a ustedes.

**Cecilia**

Gracias a mi familia por estar siempre y apoyarme en la carrera que elegí.

**Leda**

Agradezco a mi familia, principalmente a mis padres por acompañarme y demostrarme en todo momento su cariño.

A todas aquellas personas que me ayudaron, como mis compañeras de tesis, familiares, amigos etc.

**Marianela**



## Introducción

El tema de la Salud Mental actualmente toma auge a causa de la crisis económica social por la cual esta atravesando la sociedad, ya que la enfermedad no es un hecho aislado sino que se encuentra condicionada por el entorno, y es de gran preocupación para los profesionales abocados en la problemática a causa del incremento de pacientes internadas en instituciones psiquiátricas en los últimos tiempos.

Debido a la amplitud del tema nos interesó investigar como influyen las redes sociales en las pacientes psiquiátricas que luego de ser extremadas recaen manifestando una descompensación y donde la única forma de revertir dicha situación es una nueva internación (en la investigación el reingreso puede provenir del Hospital Borda o de algún tratamiento anterior).

La externación de las pacientes psiquiátricas se considera de vital importancia en el proceso de internación, y en la misma intervienen diferentes factores que se deben evaluar, como el contexto al que la paciente se reintegra, el cual va a favorecer o perjudicar a su compensación.

Este aspecto del tratamiento muchas veces es descuidado o no es considerado parte integrante del mismo, sin embargo es uno de los principales objetivos de todas las instituciones.

Identificar el funcionamiento del contexto familiar al que la paciente debe integrarse (luego de la externación) es el propósito de esta investigación, con el fin de evitar sucesivas internaciones.

La presente investigación surge a raíz de la solicitud que realiza el jefe del Servicio de Terapia a Corto Plazo de Mujeres, Doctor José María Ferretti Martínez del Hospital José T. Borda, quien solicita a la Universidad del Salvador practicantes de la carrera de Trabajo Social para que utilicen el servicio como centro de practicas.

Como respuesta a esta petición nos encontramos ejerciendo la función de Trabajadoras Sociales Practicantes en dicho servicio. Al ir abordando una problemática tan compleja como es salud mental nos pareció oportuno investigar alguna de las falencias existentes en el tratamiento (manifestada por el Jefe de Servicio), para así de esta forma contribuir en la eficiencia del mismo, realizando valiosos aportes desde el enfoque social.

Observándose tras las practicas que una vez dada de alta la paciente psiquiátrica compensada se encuentra ante una sociedad de la cual se apartó durante un tiempo, de la cual "prefirió huir antes de enfrentarla", evitándola o modificándola tras los síntomas y signos de su enfermedad.

Una vez concluida la etapa de permanencia en el Hospital la paciente psiquiátrica se encuentra con la necesidad de incorporarse en la complejidad de la vida social de donde intento escapar tras su enfermedad, y no será como espectadora, todo lo

contrario, tendrá que comenzar la búsqueda del sentido de su vida, y la única forma de encontrarla será con la ayuda y contención de la red, luego de su externación. Consideramos de esta manera que la paciente tiene una motivación, que la ayuda en el momento de la externación. La red (de la cual hablaremos en capítulo 2) incumbe tanto a familia, a la Iglesia (según la fe que practique), al trabajo, grupo de auto ayuda, etc. En el tratamiento se debe hacer hincapié en las relaciones sociales tratando de evitar futuras reinternaciones.

Es imprescindible que el individuo una vez dado de alta tenga un proyecto de vida, una motivación y es aquí en donde nuevamente aparecen las redes sociales como indispensables. Cuando amamos algo esa cosa es valiosa para nosotros y cuando algo es valioso le dedicamos tiempo y enfrentamos los distintos problemas porque tenemos un fin una meta muy valiosa para nosotros que justifica todo, de esta forma las pacientes no necesitarán escaparse tras el suicidio o reaccionar con los síntomas.

Resulta indispensable definir los conceptos de Salud Mental, Redes Sociales, Contención Familiar, Pacientes Psiquiátricas, Compensación y Descompensación; con los cuales nos vamos a manejar durante todo el trabajo:

#### **SALUD MENTAL:**

"Se define como la capacidad de establecer relaciones satisfactorias con los demás, participar constructivamente en la modificación del entorno, resolver equilibradamente sus conflictos y desarrollar su personalidad, integrando sus pulsiones instintivas dentro de sus realizaciones sociales". (Rodolfo Fahrner, "Manual de Psiquiatría" Colección Manuales 2000)

#### **REDES SOCIALES:**

Se entiende por RED PRIMARIA: al conjunto de individuos, en los cuales las relaciones son personales, cara a cara, espontáneas, de larga duración, cuyas expectativas son claras, generalizadas, y se mantienen juntos por un valor intrínseco (entendiéndose esto según Durkheim la medida de funcionamiento de un grupo) a la adhesión a la que también nos referimos en la RED SECUNDARIA: la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciada de la masa anónima de la sociedad (grupo de pares)

#### **CONTENCIÓN FAMILIAR:**

Apoyo emocional que connota una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo, es el poder de contar con la resonancia emocional y la "buena voluntad" del otro, es el tipo de relaciones característico de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.

**PACIENTES PSIQUIÁTRICAS REINTERNADAS:** aquellas personas adultas que debido a la enfermedad diagnosticada son internadas en una institución psiquiátrica, durante un lapso de tiempo, con el fin de lograr la compensación mediante un



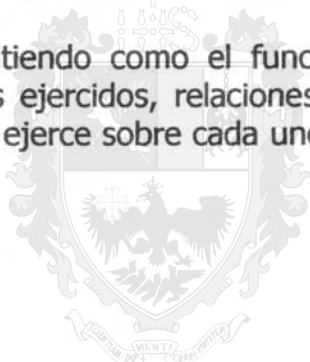
resonancia emocional y la "buena voluntad" del otro, es el tipo de relaciones característico de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.

**PACIENTES PSIQUIÁTRICAS REINTERNADAS:** aquellas personas adultas que debido a la enfermedad diagnosticada son internadas en una institución psiquiátrica, durante un lapso de tiempo, con el fin de lograr la compensación mediante un tratamiento individual y familiar. Además dichas mujeres han permanecido internadas en el servicio de Corto Plazo del Hospital Borda, o en alguna otra institución psiquiátrica, y una vez dadas de alta, ingresan nuevamente a un tratamiento de internación.

**COMPENSACIÓN:** se utilizará este término para aquellas pacientes psiquiátricas, que luego de un tratamiento médico y psicológico se estabilizan y pueden llegar a tener una "vida normal".

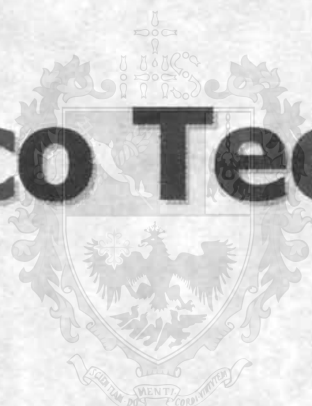
**DESCOMPENSACIÓN:** tras diferentes situaciones, una paciente psiquiátrica, recae manifestando nuevamente los signos y síntomas de su enfermedad. Posiblemente si esto ocurre tenga que ser nuevamente internada.

**RELACIÓN FAMILIAR:** se entiende como el funcionamiento de la dinámica, modos de comunicarse, roles ejercidos, relaciones vinculares, es la respuesta que los integrantes del grupo ejerce sobre cada uno de sus miembros a lo largo del desarrollo del Ciclo Vital.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

# Marco Teórico



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

9bis

## Capítulo 1

# " Enfermedades psiquiátricas"



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## 1- Consideraciones Generales

Consideramos que la Salud Mental, "se genera y se desarrolla en los individuos dentro del contexto familiar, que es el medio ambiente en el cual se realiza lo que llamamos el desarrollo psicoemocional"<sup>1</sup>.

La misma circula desde el inicio en la dimensión de lo social, desde el nacimiento, el niño pequeño, desde su espontaneidad, dependencia e indefensión, recibe las influencias parentales en términos de factores formativos y estructurantes de su personalidad o en términos de factores patógenos generadores de identificaciones alienantes que condicionarán estructuras de comportamientos referidas permanentemente a vínculos enfermizos y enfermantes, que le impedirán el desarrollo de una autonomía y una identidad propia. De gran parte de estos efectos de estructura surgirán las características normogénicas o patógenas de la personalidad con poder de influir, a través de la relación vincular, en las generaciones futuras.

Cuando los factores nombrados anteriormente no se den y esto se vea favorecido por una predisposición genética, estaremos frente a individuos con trastornos mentales.

Como podemos observar a partir de esta definición, la salud mental aparece como un bien pero no solitario, un punto a partir del cual se interactúa con el otro; apareciendo el área de lo social y lo familiar como primordial para el individuo y fundamental articulador de la personalidad, es entonces un punto de manera esencial para lograr un bien tan valioso y complejo como LA SALUD MENTAL.

La salud mental puede definirse como "La capacidad de establecer las relaciones satisfactorias con los demás, participar constructivamente en la modificación del entorno, resolver equilibradamente sus conflictos y desarrollar su personalidad, integrando sus pulsiones instintivas dentro de sus realizaciones sociales"<sup>2</sup>.

## 2- Factores

El tema de la salud mental es muy complejo, y no se puede hablar de un factor que lleve a que la persona sufra una u otra enfermedad mental, sí podríamos hablar de una Multicausalidad. La salud mental se sustenta en una trípode conformado por el sujeto: de la experiencia, un entorno inductor o favorecedor y una predisposición genética.

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Jorge García Badaracco. "Salud Mental, enfoque transdisciplinario" Autor: Miguel Ángel Materazzi Ed. Salerno. 1996 Pag. 203

<sup>2</sup> "Manual de Psiquiatría" Rodolfo Fahrner Editorial: Colección Manuales 2000 Pag. 45

No vamos ahondar en el tema de los factores causantes de las enfermedades mentales, pero sí a continuación nombraremos algunos de las más corrientes, los podríamos resumir en los siguientes:

Personales: Incapacidad del individuo para afrontar la realidad. Sentido de la vida: no hay proyectos ni intereses, lo que lo lleva a sentir que no tiene sentido estar vivo. Intolerancia a las pérdidas tanto materiales, ideales o de personas queridas. Personalidad depresiva. Crisis evolutivas. Historia Familiar conflictiva. Predisposición genética

Familiares: Inestabilidad, cambios continuos. Familia disfuncional: cada uno tiene su proyecto de vida sin pensar en el otro. No se comparte, no hay afecto, no hay apoyo. Falta de comunicación. Roles poco definidos. Autoritarismo y violencia. Relaciones Patógenas desde lo vincular. Antecedentes de la enfermedad.

Sociales: Presión grupal. Inestabilidad laboral. Contexto socio - cultural marginador. Declinación de las redes sociales. Crisis económica - social actual.

### 3- Clasificación

La organización mundial de la salud la define como un estado de completo bienestar, físico, mental y social, sin ninguna indicación de que alguno de esos tipos de bienestar haya de primar sobre los demás.

Desde la psiquiatría se pueden definir los siguientes cuadros:

- 1) Neurosis
- 2) Psicosis
- 3) Trastornos afectivos
- 4) Trastornos mentales orgánicos
- 5) Trastornos psicomaticos
- 6) Trastornos sexuales
- 7) Trastornos de la personalidad

En la presente investigación nos remitiremos a Psicosis y Trastornos Afectivos por ser estas las enfermedades mentales predominantes en el Servicio de Terapia a Corto Plazo de Mujeres del Hospital Interdisciplinario J. T. Borda.

#### 3-1 PSICOSIS

Se la entiende como la pérdida de la autonomía psíquica. Trastorno mental en los que hay una desintegración de la personalidad, se caracteriza por la ausencia de la realidad, alteración en la capacidad de percepción contenido mental anormal (delirios y alucinaciones), comportamiento y actitudes regresivas.

Esta se sub- divide en Crónicas y Agudas.

## CRONICAS

**1)Paranoia:** Se presenta a partir de los 35 años, generalmente en la cuarta década de la vida y es más frecuente en el sexo masculino.

Se caracteriza por la presencia de un delirio sistematizado que está prendido en el carácter y la constitución misma de la personalidad del paciente, se desarrollan con orden, coherencia y claridad, adoptando una forma lógica y racionalizada que le otorga un gran poder de contaminación o carácter centrífugo, es decir que, de tan lógicos, armados y coherentes convencen al ocasional interlocutor. Están constituidos alrededor de un hecho real, pero interpretado delirantemente.

A este tipo de pacientes se lo distingue por la constitución de su carácter desconfiado, orgulloso, agresivo, de gran rigidez y falsedad del juicio. Son de extremada lucidez.

En estos pacientes no se observan alucinaciones ni seudopercepción alterada.

El sistema delirante absorbe toda la vida del enfermo, el cual se consagra por entero al problema, que pasa a ocupar un rol protagónico en su vida.

Estos pacientes tienen exacerbado el razonamiento y tratan de imponer en forma persuasiva la verdad de sus observaciones.

Esta perturbación se manifiesta sólo en lo que concierne al tema del delirio, ya que fuera del mismo la actividad intelectual está conservada.

### Dentro de la paranoia encontramos:

a) Delirios de reivindicación, en grandes rasgos se caracterizan por:

Querrellantes- litigantes- reivindicatorios- pleitistas: Se trata de un hecho concreto y real en virtud del cual el sujeto se siente injustamente tratado, que determina el deseo de obtener una reivindicación según sus términos. Suelen acumular sentimientos de odio y venganza que los torna sumamente peligrosos.

Inventores y reformistas: El sujeto experimenta "intenciones geniales" ,por la cual da forma a algún invento o reforma ideal de la humanidad. Tienden a guardar celosamente fórmulas o recetas, y se quejan de ser ultrajados de sus derechos o patentes.

Apasionados e idealistas: Sujetos que sueñan con nuevos sistemas políticos, de paz universal o filantropía, dotados de una férrea voluntad combativa y cierto fanatismo.

b) Delirios pasionales

Celotipia: forma peligrosa de delirio, caracterizada por la inclusión de un tercero tomado como rival. El paciente interpreta delirantemente cualquier hecho conyugal real, tomándolo como evidencia de infidelidad. El alcoholismo crónico lleva a un cuadro semejante y se acompaña del declinamiento de otras funciones psíquicas como la memoria y la atención.



**Erotomania:** "Es el objeto quien ha comenzado, quien ama más o es el único que ama" Generalmente se trata de un objeto prestigioso. Los componentes del sentimiento generador del postulado son orgullo, deseo y esperanza. El erotómano tiende a "demostrar" sus postulados: conversiones indirectas, vigilancia, recursos extraordinarios de los que dispone el objeto, etc.

Estos sujetos son posibles de cierta peligrosidad y /o excitabilidad.

La evolución de estos cuadros en general depende de la continencia de su medio familiar, falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente, que torna sumamente difícil todo tipo de abordaje o tratamiento.

Habitualmente obtienen pocos beneficios del uso de neurolépticos o sedantes, y son muy reticentes al empleo de los mismos, ya que alimentan sus fantasías persecutorias o de envenenamiento.

**2) Parafrenias:** Se presenta a partir de la cuarta década de la vida, siendo más frecuente en el sexo femenino.

Su forma de comienzo es variable: en general en forma solapada e insidiosa, aunque en algunos casos el delirio se instala en forma rápida y abrupta, lo que genera un brusco cambio en la relación del sujeto con el medio que lo rodea.

La principal característica de este sistema delirante, además de su absoluta inverosimilitud, es el mecanismo puramente imaginativo que lo desencadena, como expresión de la más pura fantasía.

Las actividades alucinatorias y pseudo alucinatorias auditivas, cenestésicas, verbales, (a veces visuales) que pueden actuar como "soporte" a partir el cual se construye el delirio.

Las alucinaciones cenestésicas pueden generar la idea delirante de que el cuerpo está constituido de madera, o que se es un árbol y hay que regalarlo.

Los parafrénicos son poseedores de una rica imaginación, a la que el delirio da "rienda suelta" resultando así las construcciones más ficticias y fantásticas de todo el espectro nosográfico de la psiquiatría.

Este cuadro cursa con periodos de exaltación, por lapsos de estabilización. El curso de la enfermedad es crónico, ya que si bien el delirio puede enquistarse, atenuarse, empobrecerse, quedar reducido a un "núcleo delirante, presente pero que "si no es tocado" no-se gatilla.

Las características del delirio de estos pacientes son: La primacía absoluta del pensamiento mágico que está "desenfrenado", la temática tiene que ver con los delirios de filiación ascendencia noble o real o de personajes míticos o famosos, de creación, de metamorfosis corporales o cósmicas.

Megalomanía, dada la constante presencia de temas de influencia(espiritismo, telepatía, magia, dominio maléfico, coitos a distancia), temas de persecución (conspiraciones sobrenaturales, políticas y misteriosas), ideas de perjuicio (embaraza, envenenamiento, transformación de órganos).

"El paranoico vive contra el mundo, el parafrénico vive en dos mundos".

### 3) Psicosis maniaco depresivo:

Enfermedad bipolar: tiene la particularidad de la P.M.D es que entre acceso y acceso se da un periodo de intervalo lúcido en el que el paciente está absolutamente libre de patología y en el que es cociente de su enfermedad, hecho que no ocurre durante los periodos de crisis.

La secuencia clásicamente descrita altera un episodio maniaco y uno melancólico cíclicamente, con una variable periodo de remisión. También incluye la manía o melancolía unipolares, o sea cuadros en los que sólo se manifiestan manías o depresiones.

Formas Unipolares: Es frecuente la presencia de antecedentes de familiares con cuadros semejantes.

Característica principal: distribución estacional, todos los episodios depresivos en un paciente se dan en invierno y para la misma fecha, hecho que hace que el sujeto "esté esperando" la crisis. Los cuadros de manía o hipomanía suelen darse más frecuentemente en primavera o verano.

a- Las Crisis de Manías son: un estado de exaltación del humor e hiperexcitación de las funciones psíquicas que se traduce en todos los aspectos de su actividad y principalmente en el aumento de la necesidad de actuar, moverse y hablar.

En caso de que el acceso siga su evolución el paciente comienza a abordar múltiples proyectos, a estar permanentemente en actividad (hiperactividad), se desinhibe, sorprendiendo a los seres que lo rodean, fuma, bebe y come más de lo habitual y manifiesta una excesiva excitación sexual

En caso de instalarse un "brote" maniaco el paciente presenta un estado rebosante de felicidad, hace bromas, se mueve sin cesar, habla permanentemente, desaliño personal y gran inestabilidad afectiva y pueden pasar de la risa al llanto, pudiendo también manifestar violencia. El sujeto está "acelerado" y no puede controlar sus impulsos.

Presenta además fuga de ideas, rápidos cambios de dirección del pensamiento, que hacen que no pueda terminar de elaborar una idea porque ya fue reemplazada por otra. Esto se acompaña de taquipsiquía o aceleración del curso de pensamiento (continuo flujo de asociación de ideas y representaciones), de hipermnesia o incremento de la memoria que lo lleva a recordar datos inverosímiles o fechas muy lejanas.

La temática delirante que expresa es de contenido megalómano, con ideas de grandeza, omnipotencia e invención que revelan la expresividad de su humor.

El paciente puede creerse multimillonario y actuar en consecuencia, haciendo grandes negocios o regalando preciados objetos personales a desconocidos, tener ideas de inmortalidad o invulnerabilidad.

Esta situación genera suicidios involuntarios.

El cuadro clínico puede completarse con alucinaciones, auditivas, visuales, e incluso ideación paranoide.

3- La Melancolía se caracteriza por un estado de profunda depresión así como un enaltecimiento e inhibición de las funciones psíquicas y motrices.

Es la más grave de las formas de depresión. Lo que distingue el cuadro es la pérdida del principio de la realidad.

Pueden definirse cinco tipos de depresión:

1- Reactiva o neurótica.

2- Secundaria a cualquier enfermedad no psiquiátrica incluyendo depresiones atípicas, como la producida por el cáncer de páncreas.

3- Sintomática.

4- Endógenas

5- Involutiva

La crisis melancólica puede darse en todas las edades, siendo más frecuente durante el período de involución. Es más frecuente en el sexo femenino.

Se instala en forma lenta y sostenida, aquejando al paciente de malestar general, manifestando astenia, desinterés por las tareas habituales y especialmente insomnio y anorexia. Progresivamente se establece un estado de inhibición psíquica y motriz, acompañado de gran tristeza, pérdida del sentimiento vital, mutismo, labilidad afectiva (llanto fácil), estado de inercia, descuido por el aseo personal, prácticamente no abandona la cama.

El aspecto más notable son los autoreproches, gran sentimiento de culpa, sensaciones de indignidad, absoluto pesimismo, que no coincide con la realidad. Generalmente no faltan las ideas hipocondríacas, especialmente en la referente a trastornos del aparato digestivo, pueden aparecer ideas delirantes de falta de órganos, de constipación por obstrucciones, de transformación y vacío corporales. Todo referido con un permanente tono de queja y monotonía.

Aparecen ideas de muerte, el paciente piensa en la muerte como una salida para aliviarse de tanto sufrimiento. Cuando elabora un plan para llevarlo a cabo ya conforman una idea suicida, lo cual expone el máximo riesgo de vida para estos pacientes.

La evolución de un cuadro melancólico es hacia una remisión espontánea que se lleva a cabo en forma lenta y progresiva en un lapso de tiempo que varía entre los seis y los ocho meses. Lo primero que se recupera es el apetito, luego el sueño y finalmente el paciente hace crítica de sus ideas de muerte y de ruina previas.

Hay dos formas clínicas de melancolía:

-Inhibida: el paciente está inmóvil, "tirado" en la cama casi sin hablar. Las depresiones inhibidas son las más graves.

-Ansiosa: el paciente no cesa de caminar, se restriega las manos, se rasguña el cuerpo, reclama ayuda incesantemente. Los cuadros de melancolía ansiosa son frecuentes en la edad de la involución, más habitual en mujeres y si bien presentan una gravedad similar en cuanto al riesgo suicida, suelen tener mejor respuesta al tratamiento instituido.

#### 4) Esquizofrenia:

Es una psicosis crónica que altera la personalidad, caracterizada por una transformación progresiva y profunda de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, en un caos imaginario.

Este proceso es lento, sostenido y progresivo y se manifiesta por un síndrome deficitario (negativo) de disociación, y por un síndrome secundario (positivo de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante).

En general en las familias de estos pacientes hay antecedentes de esquizofrenia u otras psicosis.

#### \*Características

Son sujetos retraídos, hipersensibles y de apariencia fría.

Tienden a la inhibición, al aislamiento, a la ensoñación y a la abstracción. Parecen faltos de atención, tienen severas dificultades para participar y una urgencia voraz por recibir.

Debido a sus notorias dificultades en la comunicación, dada su natural desconfianza, lo que les llega es vivido como algo potencialmente dañino. Son rígidos en cuanto a sus ideas y creencias, vergonzosos, omnipotentes, con un bloqueo de la capacidad de amar, y proclividad a la apatía e indiferencia. Es constante su hostilidad hacia la familia.

Se los reconoce como seres extravagantes o excéntricos, románticos e inaccesibles.

El carácter esquizoide es el tipo de personalidad que precede al advenimiento de un cuadro esquizofrénico; pero también muchos pacientes permanecen fijados en esta topología, sin llegar jamás a constituir un verdadero proceso esquizofrénico, pueden sufrir dos o tres descompensaciones psicóticas en el curso de su vida, pero esto sin que se produzca el clásico "quiebre" de la personalidad.

#### Cuadro clínico

##### Se divide en tres etapas:

##### 1-Esquizofrenia incipiens (comienzo):

Comienza con una rara sensación de extrañamiento que asume al sujeto en una situación de angustia permanente ante la evidencia de que "todo está cambiando, estado conocido como temple delirante que muestra al sujeto en un estado de desconcierto, inquieto, asustado, como expectante ante esta experiencia de desrealización.

Sobreviene la vivencia de despersonalización, el paciente siente que le dirigen el pensamiento, que le imponen ideas, que se las adivinan o roban. Debido al retraimiento de estos sujetos, el proceso suele pasar inadvertido para sus familiares o ser simplemente tomados "como cosas de la edad".

## 2-Periodo de estado

Una vez instalada la esquizofrenia, sobreviven los síntomas característicos de la enfermedad.

Se describen los síntomas como parte de dos expresiones complementarias: los síntomas negativos, manifestación del síndrome de disociación, y los síntomas positivos emergentes del delirio autístico.

**Ambivalencia:** simultáneamente el sujeto expresa sentimientos contradictorios: amor-odio, deseo-temor, afirmación-negación.

**Extravagancia:** que trasmite la impresión de una búsqueda barroca a través de actitudes extrañas.

**Impenetrabilidad:** hermetismo de sus intenciones o proyectos.

**Desapego.** Muestra el replige sobre sí mismo. Alteración en el curso del pensamiento, del lenguaje, de la afectividad y la psicomotricidad.

**Interceptación:** el pensamiento sufre un abrupto "stop", como si se eclipsará o parara en plena marcha. Se acompaña de una sensación muy angustiosa.

**Perseveración:** estancamiento y repetición o rumiación de series de palabras e ideas. El paciente muestra falta de espontaneidad, imprecisión, vaguedad de los juicios y conceptos.

**Alteraciones del lenguaje:** neologismos, estereotipias verbales, pararepuestas, alteraciones de la afectividad.

**Alteraciones de la psicomotricidad:** lentificación de los gestos y discordancia en la expresión mímica, exageración payasésca de los movimientos (manierismos) acompañado de impulsiones (agresiva, masturbatorias, mutilaciones).

**Autismo:** Los temas más habituales de la experiencia delirante son los de metamorfosis, negación de órganos, posesión diabólica, espiritismo, cósmico, mítico, acoso o persecución o perjuicio.

**Alteraciones del contenido del pensamiento:** Las ideas delirantes del esquizofrénico tienen un mecanismo intuitivo, ya que parten de una experiencia personal, subjetiva; no son lógicos, pero sí incoercibles.

### Las formas más frecuentes son:

-Delirio paranoide donde alguien lo quiere perjudicar por alguna razón autorreferencial.



-Delirio místico donde se dan revelaciones religiosas, transformaciones en santos.

-Delirio cósmico concierne a contactos con otros universos.

Como se ve, todos tienen en común el hecho de que el sujeto es el centro del universo delirante, designa el carácter de megalomaniaco y autorreferencial.

Alteraciones de la sensorio-percepción: alucinaciones auditivas y cenestésicas.

Las alucinaciones cenestésicas expresan molestias que localizan en diferentes órganos del cuerpo, la mayor parte se relacionan con órganos genitales.

Alucinaciones verbo-motriz: consiste en que la voz que expresa no le pertenece sino que es la autonomía de sus cuerdas vocales, libradas a su arbitrio o controladas por otra persona.

Suelen aparecer alucinaciones visuales y gustativas.

3- Formas terminales: se manifiestan en esquizofrenias hebefrénicas y catatónicas. El paciente se manifiesta aislado, en estado de absoluta inercia, incapaz del menor cuidado de su persona. Permanece encerrado en su propia burbuja narcisística.

#### Formas clínicas de la esquizofrenia

a- Esquizofrenia paranoide: Suele presentarse en forma tardía.

Se trata de un cuadro alucinatorio con ideas delirantes de contenido paranoide y místico, síndrome de influencia y alteraciones de la personalidad. Suelen sufrir descompensaciones esporádicas y luego de la remisión del brote, el paciente logra una adaptación relativamente buena al medio, al precio de cierta dosis de indiferencia y de desinversión. Suelen ser impulsivos y agresivos en las descompensaciones.

b- Esquizofrenia simple: Corresponde a una evolución que progresa muy lentamente. Suelen presentar antecedentes de rasgos esquizoides, acompañados de apatía, indiferencia y desinterés marcados. Actividad delirante y alucinatoria.

Este cuadro progresa hacia un agravamiento de la inafectividad y el desinterés.

Dada su incapacidad para afrontar un empleo o cualquier decisión, si la familia no los contiene, suelen terminar como vagabundos o linieros.

c-Hebefrenia: Se caracteriza por su inicio temprano y su rápida evolución hacia un estado demencial, deficitario, defectuado y deteriorado.

El adolescente suele manifestar dificultades en el aprendizaje.

Progresivamente se va acentuando el aislamiento y un estado de ensoñación sobre el que va instalándose el cuadro delirante y alucinatorio. Su carácter se torna caprichoso e indolente.

Fenómeno de productividad psicóticas manifiestas (alucinaciones, delirios, alteraciones de la voluntad y de la motricidad).

d-Catatonia: Se caracteriza por el predominio de los trastornos psicomotores.

El paciente manifiesta pérdida de la iniciativa motriz, cierto estado de rigidez muscular y fijación de las actitudes, posturas anormales, obediencia automática o negativismo expresado en conductas de rechazo, no aceptación de los alimentos,



casi sin contacto consciente con el medio que lo rodea, en un estado de inercia e inmovilidad, pueden manifestarse trastornos notorios del lenguaje.

## AGUDAS

### 1. Buffes delirantes

Este cuadro fue descrito a partir de Magnan, quién observó "un delirio primario, múltiple, polimorfo, nacido repentinamente, sin incubación, por lo común sin tendencia marcada hacia la sistematización, rápidamente extinguido".

"Todas las formas de delirio pueden observarse. maníaco, melancólico, erótico, de persecución, ambicioso, hipocondríaco, a menudo las ideas delirantes se suceden, se enredan, se combinan".

Los delirios polimorfos sean efímeros o prolongados pueden recidivar, y lo hacen a menudo, sin dañar la integridad mental.

Este cuadro se presenta en sujetos jóvenes, generalmente de sexo femenino con antecedentes familiares de psicosis o neurosis graves. La irrupción es súbita, violenta, explosiva. De repente, el sujeto que hasta ayer no mostraba indicios que sugirieran un acceso o alguna crisis, presenta un estado caracterizado por ideas delirantes de contenido polimorfo, es decir que cambia de temática, no presenta fijeza ni sistematización.

Las alucinaciones casi siempre están presentes, de carácter auditivas y preferentemente visuales, acompañadas de eco del pensamiento, actos impuestos, actitudes bizarras.

Se dan grandes cambios de humor "como en oleadas delirantes", asociadas a un estado de ansiedad, agitación, inquietud, que conforman un riesgo, dada su absoluta falta de conciencia de enfermedad.

El sujeto se mantiene lúcido orientado en tiempo y espacio, pero transmite un aspecto de estar ausente, ensimismado, en actitud meditativa o de escucha.

Pueden darse episodios de gran angustia o inhibición, mutismo e insomnio que pueden enmascarar el cuadro siguiendo otros diagnósticos.

#### Pronóstico y evolución:

La evolución habitual es la brusca resolución en la que el paciente tiene la sensación de haber despertado de una pesadilla, y acto seguido refuta y critica sus actos e ideas delirantes previas. El acceso se despeja entre siete y diez días después del inicio.

La Bouffée delirante no suele dejar secuelas, ni deterioro o defecto alguno, destruyéndose la personalidad habitual; sin embargo, no son infrecuentes las recidivas (nuevos episodios), lo cual hablaría de cierta predisposición.